45e Annee. — N° 14. Vendredi 8 Avril 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Électrothérapie : Le traitement électrique des névralgies, par le Dr E. Weil, 209. — **Bibliographie** : Les stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire, par le Dr F. Antonelli, 214. — **Académie des sciences** : *Séance du 28 mars*. Présidence de M. Wolf. — Sur l'emploi du chlorure de palladium pour la recherche dans l'air de très petites quantités d'oxyde de carbone et sur la transformation de ce gaz, à la température ordinaire, en acide carbonique, 215. — Sur le traitement de la rage par l'injection de substance nerveuse normale, 215. — **Académie de médecine** : *Séance du 5 avril* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Déclaration obligatoire des maladies transmissibles dans les colonies, 216. — La vaccine obligatoire aux colonies, 216. — Election, 216. — De la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore, 216. — Dangers des conserves de viandes dans l'alimentation du soldat en campagne, 217. — Nouvelles remarques sur le traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique, 217. — Pathogénie du décollement rétinien. Son traitement par la ciliotomie et la glace, 217. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 1er avril* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Scarlatine apyrétique, 217. — Adénolipomatose symétrique, 217. — Pneumococcie, 218. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 2 avril* 1898. Présidence de M. Aug. Voisin. 218. — **Société de chirurgie** : *Séance du 7 avril* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Fibromes utérins sphacélés, 222. — Psychoses post-opératoires, 222. — Pancréatite suppurée et gangréneuse, 222. — **Société médico-chirurgicale de Paris** : *Séance du 28 mars* 1898. Présidence de M. Tripet. — Des troubles cardiaques chez les obèses, 223. De la mécanothérapie, 223. — **Nouvelles**, 223. — **Bulletin bibliographique** : 224.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Le traitement électrique des névralgies (1).

Par le Dr E. Albert-Weil,
Licencié ès sciences.

La névralgie consiste essentiellement en une douleur paroxystique siégeant sur le trajet d'un nerf et sur le territoire cutané ou viscéral qui en dépend : c'est une réponse de la sensibilité consciente de l'individu à une irritation de ses conducteurs nerveux.

Cette irritation de la substance nerveuse peut être le fait soit d'une maladie générale, soit d'un traumatisme, d'un néoplasme, d'une inflammation d'un organe voisin du conducteur sensible ou de ce conducteur lui-même : la névralgie réactionnelle est alors une névralgie symptomatique; et la thérapeutique doit s'adresser à la cause pour faire disparaître l'effet.

A côté de ces névralgies, il en existe d'autres qu'on peut appeler idiopathiques ou essentielles, car elles existent indépendamment de toute lésion anatomique. Le froid, une contusion même légère, une certaine prédisposition morbide, en sont les facteurs les plus fréquents. Pour les juguler, on a essayé une infinité de médications, une infinité de topiques.

Mais les analgésiants et les révulsifs n'ont maintes fois, en dernière analyse, donné que des mécomptes. Et l'intervention chirurgicale aurait été l'ultime ressource à laquelle on aurait dû, en de trop nombreux cas, recourir si l'électricité judicieusement maniée n'était venue souvent apporter le remède aux situations les plus désespérées.

Toutes les modalités électriques ont été vantées tour à tour à cet effet et chacune d'elles même de diverses manières; et, de ce fait, la thérapeutique électrique des névralgies comprend les procédés les plus disparates.

Duchenne, de Boulogne — et je ne saurais prononcer ce nom sans témoigner ma profonde admiration au savant électrothérapeute qui fut l'honneur de notre Société. — Duchenne, de Boulogne (1) préconisait une sorte de fustigation électrique faite au moyen de pinceaux ou de brosses métalliques reliées aux deux bornes d'un appareil d'induction. L'intensité employée était très élevée; l'application pouvait être faite en un point quelconque du tégument, mais Duchenne trouvait préférable de s'adresser aux points douloureux eux-mêmes. Chaque séance devait durer trois minutes et être répétée autant qu'il le fallait, jusqu'à cessation complète de la douleur.

Mor Meyer (2) employait le même procédé; mais souvent il mettait un des pinceaux à une distance d'un millimètre de la peau pour permettre à des étincelles de jaillir entre la peau et le rhéophore.

Becquerel (3) usait d'une méthode qu'il appelait « hyposthénisante » car son but était de produire un

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 26 mars 1898.

(1) Duchenne, de Boulogne. *De l'électrisation localisée*, 2e édition, p. 953.

(2) Mor Meyer. *Ueber Schmerzhafte Drückpunkte* (*Berl. Klin. Woch.*, 1875, n° 51 et 1881, n° 31).

(3) Becquerel. *Traité des applications de l'électricité*, 1857, p. 265.

engourdissement de la partie malade et, de fait, le résultat était souvent atteint et persistait pendant un temps plus ou moins long. Il plaçait deux électrodes mouillées sur le cordon nerveux, l'une au point du nerf le plus voisin du centre cérébro-spinal où il était possible de le saisir, à la distance la plus faible de la peau, et l'autre au point qui précède des subdivisions.

Magendie (1), après Sarlandière (2), recommandait un procédé moins pratique. Il introduisait dans les tissus deux aiguilles de platine, l'une à l'origine du nerf ou du moins dans son voisinage, l'autre à sa terminaison. Il les reliait aux deux bornes d'un appareil d'induction et faisait passer le courant quelques secondes; il employait des courants très faibles produisant peu de secousses, car une secousse pouvait, disait-il, à elle seule ramener la douleur.

Frommhold (3) augmentait progressivement l'intensité du courant employé. Il plaçait une électrode sur le nerf, alors que l'autre pouvait être mise en un point quelconque. Le courant induit très faible d'abord était amené de l'électrode indifférente à l'électrode active et, par gradation, il était amplifié jusqu'à produire une très nette sensation.

A côté de ces électriciens qui n'employaient que le courant faradique, d'autres n'usèrent que du courant galvanique; et cela avec des différences telles d'intensité et de technique que chacun de leurs procédés forme bien une méthode particulière.

Faut-il citer parmi eux celui qu'a recommandé Ciniselli (4) et Hiffelsheim (5) ? Faut-il rappeler qu'ils recommandaient le port sur la partie douloureuse d'un couple de disques zinc-cuivre reliés par un fil conducteur ? Du zinc au cuivre circule un courant très faible, qui, par sa longue durée d'application, serait d'une très grande efficacité. Je ne crois pas, pour ma part, à cette efficacité : je suis persuadé que les phénomènes irritatifs que les plaques déterminent ne sont pas compensés par leurs bons effets, pour le moins problématiques.

Plus sérieuse est la méthode employée par Sperling (6), et pourtant, *a priori*, elle paraît devoir être peu sûre. Les courants que recommandait cet auteur ne dépassaient pas 0,25 à 0,50 milliampères; et comme ses électrodes avaient 50 c. q, la densité en chaque point n'était que de $\frac{0{,}25 \text{ m. a.}}{50}$ à $\frac{0{,}50 \text{ m. a.}}{50}$, ce qui donne une fraction de milliampère bien petite dans chaque centimètre carré, et l'on a peine à croire qu'elle soit suffisante pour être vraiment utile. Aussi comprend-on que Remak, Onimus, Erb, Doumer, Wiesner, Mor Meyer, etc.,etc., se soient servis de courants d'une intensité bien supérieure.

Onimus (1) est encore de ceux qui usaient de courants faibles en soi, mais très forts si on les compare à ceux employés par Sperling : il utilisait le courant centrifuge au moyen de petites électrodes qu'il laissait en place pendant dix minutes environ. Remak (2), de même, se servait du courant centrifuge, mais avec plus de violence; quelquefois il faisait rayonner le courant autour du point douloureux, en laissant l'électrode positive fixée sur le centre du mal, et en déplaçant l'électrode négative sur la circonférence d'un cercle dont le rhéophore positif était le centre.

Erb (3) était assez éclectique ; pourtant, comme premier traitement, il essayait l'action électrotonisante de l'anode; il plaçait le pôle positif sur le foyer de la plus grande souffrance, et la cathode sur le tronc nerveux, et élevait peu à peu l'intensité du courant : c'était en somme une application centripète stabile.

M. Doumer (4), dans la sciatique en particulier, dans un travail plus récent, préconisa l'usage, pendant les premiers jours du traitement, de courant ascendant, pour passer ensuite d'une façon permanente au courant descendant.

Le pinceau galvanique compte aussi des succès ; et après Wiesner (5) et Seeger (6), Witkowski (7) l'a remis en honneur en 1894. En promenant le pinceau galvanique le long du nerf malade, l'on détermine une rougeur et des douleurs très vives : et ainsi la guérison arriverait en peu de semaines.

Par suite d'idées théoriques, on a d'autre part essayé une méthode d'électrisation indirecte : la galvanisation des points douloureux vertébraux qui accompagnent toute névralgie ; mais il ne semble pas que ce procédé qui avait séduit M. Meyer (8) et Brenner (9) ait donné des guérisons bien probantes.

La multiplicité des procédés d'application du courant continu a fait qu'on a peu essayé l'électricité statique ; et pourtant l'électricité statique a été la première modalité électrique employée pour la thérapie

(1) Magendie. *Gaz. méd.*, nos 43 et 45, octobre 1890.

(2) Sarlandière. *Mémoire sur l'électrothérapie*. Paris, 1825.

(3) Frommhold. *La migraine et son traitement électrique*. Pesth, 1868, et *électrothérapie*. Pesth, 1865.

(4) Ciniselli. *Degli effetti, che si possone ottonere dall'applicaz metodie, di due sole lamine elettromoti* etc. (*Annal. Univers.* Vol. 202 p. 300, 1867.)

(5) Hiffelsheim. *Des applications médicales de la pile de Volta*. Paris, 1861.

(6) Sperling. *Traitement galvanique des névralgies par les courants de très faible intensité*. (*Sem. méd.*, p. 4, XXV, 20 avril 1892).

(1) Onimus et Legros. *Traité d'électricité médicale*, 2e édition 1888, p. 444.

(2) Remak. *Galvanothérapie*, trad. Morpain, 1860.

(3) Erb. *Traité d'électrothérapie*, trad. Rueff, 1884, p. 464.

(4) Doumer. *Bulletin médical du Nord*, 13 novembre 1891.

(5) Wiesner. *Berl. Klin. Woch.*, 1868, nos 17 et 18.

(6) Seeger. *Traitement des névralgies*. (*Wien. med. Pr.*, 1872, no 34 et suivants).

(7) Witkowski. *Du pinceau galvanique dans le traitement de certaines affections nerveuses*. (*Deut. med. Woch.*, 4 octobre 1894, *in Archives d'elect. médicale*, 1894, p. 553.)

(8) Mor Meyer. *Les points de pression douloureux*,etc. (*Berl.Klin. Woch.*, 1875, no 51, et 1881, no 31.)

(9) Brenner. *Berl. Klin. Woch.*, 1880, no 21.

des névralgies. Après Cotugno (1), Brossaud (2), en 1828, la recommandait sous forme de faibles étincelles dans les névralgies faciales. Mais depuis, peu ou pas d'électriciens l'ont employée pour cet effet spécial ; et pourtant, comme je pense le démontrer tout à l'heure, son efficacité n'est pas douteuse. Il semble qu'on ait négligé son usage pour essayer concurremment à la faradisation et à la galvanisation les formes nouvelles de courants électriques, les courants de haute fréquence, les courants ondulatoires et les courants statiques induits. Et c'est ainsi qu'à côté de M. Oudin (3) signalant l'action analgésiante des applications locales de haute fréquence, à côté de M. Apostoli (4) faisant du courant ondulatoire le traitement de choix des névralgies ovariennes, l'on voit M. Morton (5) recommander l'excitation labile du nerf malade avec le courant auquel on a donné son nom.

II

A l'heure actuelle, du reste, nul de ces multiples traitements n'est le traitement électrique de choix des névralgies des territoires cutanés. Il semble que cette supériorité est dévolue au traitement qu'a indiqué surtout M. le professeur Bergonié (6), pour le cas de la névralgie du trijumeau.

Cette méthode est une méthode galvanique ; mais elle a ceci de particulier qu'elle utilise de très hautes intensités et de grandes électrodes recouvrant tout le territoire malade : la grandeur des électrodes est le corollaire obligé de l'emploi des hautes intensités ; car c'est grâce à leur grande surface que la densité du courant devient en chaque point assez faible pour que le patient puisse le supporter sans une trop vive réaction sensible. La technique à suivre est la suivante : On recouvre le territoire innervé par le tronc douloureux — la moitié de la face en cas de névralgie du trijumeau, — d'une électrode construite de telle sorte que sa résistance soit assez voisine de celle de la peau pour qu'il n'y ait pas une variation trop brusque de potentiel entre elle et l'épiderme ; on s'efforce de la rendre parfaitement adhérente à la surface cutanée, et on la relie au pôle positif. La cathode est placée sur la nuque. Puis à l'aide d'un rhéophore on fait arriver graduellement sans secousses le courant à la valeur désirée ; on maintient cette intensité pendant quinze à vingt minutes ; puis ensuite, sans heurts et sans secousses, on la fait décroître jusqu'à zéro. Le plus souvent, M. Bergonié a guéri les cas de névralgie du trijumeau qu'il a traité par ce procédé. Et dans son mémoire il a publié des observations de MM. Guilloz, Bordier et Debédat qui montrent que ces électriciens ont été aussi heureux que lui. Aussi, si l'on se rappelle que, de toutes les névralgies, la névralgie du trijumeau est peut être la plus tenace, l'on peut induire que dans les autres spasmes douloureux la même méthode devra être employée et devra réussir.

III

Et pourtant elle ne réussit pas toujours : cela n'a rien d'étonnant, car s'il en était autrement, la galvanisation à hautes intensités par grandes électrodes jouirait d'une infaillibilité qui n'est octroyée à aucune médication dite spécifique, à aucun sérum dit antitoxique parce que — comme on l'a dit souvent — il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. Mais quand la méthode de M. Bergonié échoue, le rôle de l'électricien n'est pas terminé et celui du chirurgien ne commence pas encore : c'est ce que démontre clairement l'observation suivante :

Mme M..., âgée de 50 ans, demeurant rue du Faubourg-Poissonnière, fait en août 1897 une chute qui produit une énorme contusion de l'épaule, laissant comme résidu une névralgie très douloureuse du plexus cervico-brachial qui devient intolérable dans le décours d'une pneumonie double.

Les grands-parents de Mme M... sont morts à un âge très avancé, après avoir joui toute leur vie d'une bonne santé. Sa mère est morte à 38 ans ; son père a succombé à 46 ans des suites de phtisie ; ses frères et sœurs sont morts en bas âge : elle seule a survécu.

Jusqu'à sa vingt-deuxième année, elle a été très bien portante ; réglée à 14 ans, elle était seulement sujette à des névralgies qui devaient s'exacerber et se renouveler plus fréquemment pendant la période qui s'écoule de sa vingtième à sa quarantième année. A 22 ans, déjà mère de trois enfants, elle contracte une pleurésie. A la suite de cette pleurésie, elle fut atteinte très facilement de bronchites, si bien que, toussant presque continuellement, elle fut considérée comme atteinte de bacillose. Cet état maladif se prolongea dix ans, aggravé encore par trois accouchements et deux fausses couches. A 32 ans elle eut son dernier enfant, à un moment où elle était dans un état de faiblesse excessive : cet enfant à sa naissance ne pesait qu'une livre et demie.

A partir de cette époque, sa santé se remet peu à peu, en même temps que les névralgies disparaissent, et l'on n'aurait à enregistrer aucun phénomène morbide si de nouveau, depuis 1889, Mme M... ne s'était mise à avoir une bronchite grippale à peu près chaque hiver ; mais ces bronchites n'ont pas altéré la santé générale de madame M... qui est une grande et forte femme, menant une vie très active.

Au mois d'août 1897 elle buta contre une corde tendue par un enfant pour jouer dans l'appartement et tomba de tout son long. Elle perdit connaissance et on la releva toute contusionnée : le côté gauche était couvert d'ec-

(1) Cotugno (1770). *Cotunnii de ischiade nervosa commentariis.*

(2) Brossaud. *Essai sur les différentes espèces d'électricités appliquées au traitement des affections nerveuses et rhumatismales.*

(3) Oudin. *Bull. officiel de la Société d'élect.*, 1897, p. 158.

(4) Apostoli. *Bulletin officiel de la Société d'élect.*, année 1897, p. 133 et 209.

(5) William Morton. *Traitement des névralgies. Post graduate*, avril 1893, p. 130, *in Archives*, p. 541, 1893.

(6) Bergonié *Traitement électrique palliatif de la névralgie du trijumeau* (*in Arch. d'élect. méd.* 15 octobre 1897, p. 377.)

chymoses ; le côté droit également, mais il était peut-être plus enflé, et en particulier l'épaule droite était très œdématiée et était le siège de vives douleurs. Mme M... néanmoins ne vit pas de médecin tout de suite. Pendant quinze jours après l'accident les mouvements du bras furent pénibles et très douloureux, mais peu à peu ces phénomènes s'amendèrent; et Mme M..., qui n'avait plus sur le corps aucune trace de l'accident, vivait avec un bras droit peut-être un peu moins souple que l'autre, sans qu'elle ressentit d'autres phénomènes douloureux que certaines attaques paroxystiques qui revenaient à intervalles très irréguliers, mais qui ne laissaient pas que de la faire souffrir cruellement.

Au commencement de novembre, elle fut atteinte de grippe qui se compliqua de pneumonie double, avec lésions plus étendues à droite qu'à gauche ; ce qu'il y a de particulièrement caractéristique, c'est que dès les premiers jours de cette maladie, les douleurs du bras droit s'exacerbaient et que la malade ne pouvait se coucher sur le bras droit et que, dans la nuit, il survenait de véritables crises névralgiques. Ces crises prirent une telle acuité que le 3 décembre elle passa la nuit à pousser des cris affreux ; aussi le 4 au matin lui fit-on des pointes de feu sur les points douloureux du deltoïde et de l'articulation scapulo-humérale; on y ajouta même une piqûre de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Mais ces tentatives restèrent infructueuses. Et l'on eut beau renouveler la révulsion sur la région douloureuse, refaire une piqûre de morphine le 7, la douleur reparut tenace, malgré divers calmants, entre autres de l'aconitine qu'on administra à la malade.

On peut en passant signaler ce fait curieux : la névralgie du plexus cervico-brachial qu'une contusion avait déterminée fut réveillée et augmentée dans le cours de la pneumonie si bien qu'on peut légitimement conclure à une action de la toxine pneumococcique sur les terminaisons nerveuses devenues points de moindre résistance par suite des attaques névralgiques antérieures à la maladie actuelle.

Cette exagération des phénomènes douloureux survécut même à la pneumonie; et le 27 décembre 1897 la malade se présente à moi dans l'état suivant : toute la région cutanée correspondant à l'articulation scapulo-humérale est douloureuse à la pression; il en est de même de la région de la fosse sus-claviculaire et au niveau du sterno-cléido-mastoïdien; la douleur n'est pas uniforme et certains points sont plus douloureux que d'autres à la pression. Les mouvements du bras droit sont difficiles, presque douloureux ; Mme M... peut le lever assez haut, le mettre derrière son dos, la paume de la main en dehors, mais elle ne peut retourner cette main sans crier quand tout le bras est derrière le dos. Le moindre frôlement un peu brusque détermine un accès. La malade ne dort pas la nuit : il y a un redoublement du mal quand elle est couchée. La contractibilité faradique et galvanique des deux bras est identique; il n'y a pas encore atrophie du bras droit ni aucun phénomène inflammatoire dans l'articulation même. Il s'agit manifestement d'une névralgie cervico-brachiale.

Pour juguler la douleur, je conseille à Mme M... des galvanisations externes de la région douloureuse, et je procède le 27 décembre à une première séance.

Je recouvre la partie malade d'une vingtaine de doubles de toile fine ; je pose par-dessus une lame d'étain que je moule parfaitement sur l'épaule et je maintiens cette électrode en position par des bandes de toile ; l'électrode indifférente identique, de 25 centimètres sur 15, est placée sur la nuque. Je relie l'électrode active au pôle positif et l'électrode indifférente au pôle négatif.

Je fais passer le courant et à l'aide d'un rhéostat j'amène l'intensité jusqu'à 25 m. a. et je la maintiens vingt minutes environ.

Le 28 décembre. Il semble à la malade qu'elle a un peu moins souffert; nouvelle séance 40 m. a. vingt minutes.

Le 29. Il y a une légère amélioration et la région est moins douloureuse au toucher. Nouvelle séance positive, 50 m. a. un quart d'heure.

Les 30 et 31. Séances de 50 m. a., vingt minutes chaque fois.

4 janvier 1898. La malade trouve qu'elle va mieux ; elle a un peu dormi le 1er, le 2 et le 3 janvier et a pu remuer son bras sans réveiller aussi facilement des douleurs; elle peut joindre les deux mains derrière son dos sans souffrir. Séance positive 60 m. a., un quart d'heure.

Le 6. L'amélioration n'a pas persisté; et depuis le 4 au soir, Mme M..., souffre de nouveau énormément ; elle n'a pas dormi dans la nuit du 4 au 5 ; et dans la nuit du 5 au 6 elle a eu de nouveau une crise aussi violente que lors de sa pneumonie. Séance de 60 m. a., vingt minutes.

Le 8. Pas d'amélioration. 50 m. a., vingt minutes.

Le 10. Ses souffrances sont intolérables, peut-être plus violentes qu'avant tout traitement électrique. Mme M... qui, à chacune de ses consultations, était accompagnée de sa bru qui prenait des bains statiques pour une neurasthénie caractérisée, demande à essayer cette forme d'électricité. Je lui propose des bains statiques accompagnés d'étincelles sur la région douloureuse. Je lui administre un premier bain et fais éclater une série de petites étincelles sur l'épaule. Bain, un quart d'heure; étincelles deux minutes.

Le 11. La nuit du 10 au 11 a été passable. Séance identique à celle de la veille.

Le 12. Ses souffrances sont bien moins vives et la malade a dormi cinq heures dans la nuit du 11 au 12, ce qui n'était pas arrivé depuis très longtemps. Bain vingt minutes; 30 étincelles de 3 centimètres sur l'épaule.

Le 13. Six heures de sommeil et grande sédation des souffrances presque tout le temps, bain dix minutes, centaine d'étincelles sur un point particulièrement douloureux au niveau de l'extrémité externe de la clavicule : après l'application la peau est comme ortiée, et, ce qui est important, présente une analgésie assez marquée, si bien qu'on peut appuyer sur le point extrêmement sensible cinq minutes auparavant. Ce fait est du reste constaté après chaque application d'étincelles.

Le 14. Bain positif, un quart d'heure, pluie d'étincelles sur toute la région douloureuse.

Le 18. Du 14 au 17 janvier la malade n'avait pas du tout souffert et se considérait déjà comme guérie; mais dans la nuit du 17 au 18, elle a été réveillée par de légères souffrances dues probablement à ce qu'elle avait mis son bras sous sa tête. Bain statique dix minutes. Il semble qu'il n'existe plus qu'un seul point douloureux, toujours le même, à l'extrémité externe de la clavicule : on y applique 150 étincelles environ de 3 centimètres; l'application, douloureuse comme toujours au début, ne tarde

pas à être très supportable par suite de l'analgésie temporaire produite.

Le 20. Bon état, même intervention.

Le 22. Mme M... a été heurtée très violemment à l'épaule le 20 et depuis, alors que le point douloureux précédemment signalé a complètement disparu, il en existe un autre en arrière au voisinage de l'extrémité externe de l'épine de l'omoplate. Bain statique. Etincelles particulièrement à l'endroit où était le premier point douloureux et sur le point qu'on vient de remarquer.

Le 24. Même intervention.

La malade ne souffre plus que très légèrement du point très voisin de la partie externe de l'omoplate. Bain dix minutes. 150 étincelles de 3 centimètres sur toute l'épaule et particulirèrement au point douloureux ; par suite de la production d'étincelles toujours au même lieu, la peau en ces endroits présente des taches brunes tranchant sur les traces des pointes de feu qu'on avait faites auparavant en ces mêmes points.

Le 27. Depuis le 25, la malade ne souffre plus et les mouvements sont faciles. Bain dix minutes, étincelles deux minutes. Mêmes interventions le 29 janvier et le 1er février.

3 février. La malade est guérie ; car elle ne ressent même plus de gêne dans le bras. Electrisation habituelle.

Le 5. On fait la dernière séance d'électricité ; l'épaule peut être palpée sans ménagements ; Mme M..., n'a aucune réaction ; les mouvements sont faciles et il n'y a plus trace de points douloureux.

25 mars. La malade est revue ; elle déclare qu'elle ne souffre pour ainsi dire plus de son bras droit ; elle s'en sert aussi bien que de l'autre et elle se trouve parfaitement guérie.

IV

Voici donc une observation d'une névralgie rebelle que n'avaient pu vaincre ni les médicaments analgésiques, ni la révulsion cutanée (cataplasmes sinapisés, pointes de feu), ni la galvanisation par hautes intensités et qui a été sidérée par quinze bains statiques accompagnés de pluie d'étincelles de 3 centimètres environ sur les points douloureux. Qui des bains, qui des étincelles a eu l'influence la plus décisive pour la victoire finale ?

Je crois, quant à moi, que c'est aux secondes qu'il faut attribuer le succès. Le bain statique, certes, a dû être des plus efficaces pour calmer la nervosité générale de la malade ; et ici, comme chez les neurasthéniques où il fait merveille, son effet sédatif, n'a pas dû manquer. Mais les étincelles *loco dolenti* s'adressaient au mal lui-même et déterminaient très rapidement une anesthésie locale, appréciable déjà à la fin de chaque séance. Les premières étincelles en effet étaient fort douloureuses, mais peu à peu quand la peau avait réagi et qu'elle était devenue érythémateuse par suite des phénomènes réactionnels circulatoires, la douleur disparaissait au point qu'on pouvait les multiplier sans que la malade se plaigne beaucoup. Après chaque séance, les points douloureux cessaient de l'être ; et là où quelques minutes auparavant une simple pression, un effleurement même provoquait un cri chez la malade, l'on pouvait impunément appuyer même très fortement ; avec la répétition des interventions, ce résultat persistait pendant un temps de plus en plus long, si bien qu'au moment des dernières séances, la douleur ne s'était pas réveillée entre chacune d'elles.

Pourquoi ces étincelles amenaient-elles la sédation de la souffrance ? Est-ce en surajoutant une douleur à la douleur névralgique et, si j'ose m'exprimer ainsi, en donnant le calme par une sorte d'interférence des ondes douloureuses. Cette explication serait conforme à celle que donnait Duchenne, de Boulogne, du succès de sa fustigation électrique. Il partait enfin du principe suivant (1) : « Une douleur vive et instantanée produite artificiellement sur un point quelconque de l'enveloppe cutanée peut modifier et même guérir les névralgies » ; et il pensait que la faradisation localisée agissait surtout parce qu'elle déterminait une vive douleur.

Malgré l'autorité de Duchenne, je ne crois pas plus que la faradisation guérissait parce qu'elle est douloureuse, que je n'attribue le succès des étincelles chez mon sujet à ce qu'elles étaient difficilement supportables.

Plus profond est l'effet de l'électricité ; et je suis persuadé que les étincelles ont guéri le cas de névralgie de l'épaule que j'ai rapporté, surtout en modifiant l'irritabilité des nerfs.

Tout récemment le Dr Edouard Branly (2) a montré que les conducteurs discontinus, c'est-à-dire formés de corps conducteurs et isolants mélangés, jouissent de la propriété curieuse de voir leur conductibilité électrique varier suivant qu'ils auront été plus ou moins traversés par des courants ou des décharges. Or, on peut assimiler les conducteurs nerveux aux conducteurs discontinus ; et l'on a de bonnes raisons pour croire que cette comparaison est exacte : les conducteurs nerveux ne sont-ils pas discontinus, puisqu'ils sont constitués par une série de neurones simplement contiguës ? On conçoit ainsi, ou plutôt on induit, comment les décharges électriques peuvent avoir un effet thérapeutique dans les maladies des nerfs, aussi bien dans les paralysies que dans les névralgies. L'électricité modifie la conductibilité nerveuse ; cela doit être tout le secret de son efficacité.

V

Et je dis que c'est là le fait de l'électricité et non pas de telle modalité électrique seulement. Tous les procédés électriques, faradisation, galvanisation, hautes fréquences, statique, etc., ont une action spéciale sur les nerfs : c'est pourquoi ils ont été préconisés tour à tour dans les névralgies des territoires

(1) Duchenne, de Boulogne. *De l'électrisation localisée*, p. 952.

(2) Edouard Branly. *Conductibilité des rudioconducteurs* (*Archives d'électricité médicale*, 1898, p. 45.)

cutanés. Les modes de traitement que j'ai rapportés au début de ce travail paraissent certes inférieurs en efficacité à la galvanisation par hautes intensités ; mais ce n'est pas à dire qu'on doive les dédaigner. Quand le procédé des hautes intensités galvaniques n'aura pas jugulé une névralgie, je crois pour ma part qu'il faudra avant tout recourir au bain statique et aux étincelles *loco dolenti*. Mais, malgré la confiance que pourrait me donner l'observation démonstrative que j'ai rapportée, je reconnais que ce procédé pourra échouer à son tour ; on essaiera alors les méthodes peut-être démodées maintenant des Duchenne, des Erb, des Becquerel, etc., etc., et souvent on sera surpris d'atteindre le succès alors qu'on désespérait. C'est pourquoi rappeler les procédés de nos prédécesseurs, ainsi que je l'ai fait au début de ce travail, n'est pas seulement faire œuvre bibliographique : c'est rappeler que la thérapeutique électrique a des armes de réserve.

BIBLIOGRAPHIE

Les stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire, par le Dr F. ANTONELLI, professeur agrégé de l'Université de Naples. In-8, 188 p., avec figures dans le texte et 3 planches en couleurs. Paris, 1897.

Ces stigmates rudimentaires sont à rechercher ; 1° dans la papille, en ce qui regarde sa coloration, son bord, ses vaisseaux ; 2° le long de ces vaisseaux au moment où ils franchissent le bord de la papille, puis dans la zone péripapillaire ; 3° dans cette dernière zone péripapillaire ou centrale, en ce qui concerne sa coloration, sa pigmentation, etc. ; 4° dans toute l'étendue du fond de l'œil, dans la zone péripapillaire et la région de la macula, dans la zone équatoriale et moyenne, puis dans la zone périphérique ou antérieure.

La papille est un peu pâle, d'un blanc sale avec diffusion plus ou moins marquée et plus ou moins étendue de son bord ; celui-ci est entouré d'un cadre pigmentaire le plus souvent très mince et partiel, quelquefois complet ou presque complet ; le bord de ce cadre qui touche la papille est en général bien tranché, tandis que l'autre bord est irrégulier, déchiqueté et va en se dégradant.

Les vaisseaux ont souvent un calibre réduit, surtout en ce qui concerne les artères ; mais on remarque surtout l'effacement de leurs bords au moment où ils passent de la papille dans la rétine. Ces bords sont presque voilés ou munis d'un fin liséré blanchâtre. Parfois l'effacement gagne toute la largeur du vaisseau qui apparaît complètement ou presque complètement interrompu. Lorsque les étranglements, les irrégularités de calibre, les traînées blanchâtres aux bords sont bien manifestes dans les segments des vaisseaux qui parcourent la zone péripapillaire, les stigmates vasculaires cessent presque d'être rudimentaires et ne laissent plus aucun doute.

La zone péripapillaire peut présenter en outre deux sortes de stigmates rudimentaires. Le plus souvent c'est une teinte ardoisée tout à fait particulière, surtout prononcée immédiatement autour de la papille et se dégradant plus ou moins vite à la périphérie ; on observe aussi une suffusion rétinienne qui occupe parfois, avec sa teinte grisâtre très légère, des segments de la région péripapillaire compris entre deux vaisseaux, plus ou moins près du bord de la papille.

Dans toute l'étendue du fond de l'œil, les stigmates rudimentaires consistent en surpigmentation et dépigmentation. Ces deux sortes d'altérations peuvent présenter une forme diffuse ou bien une forme à foyers. La pigmentation grenue est fréquente, surtout dans la région équatoriale, plus rare dans la région périphérique, exceptionnelle dans la région péripapillaire.

L'atrophie complète de la papille n'est pas fréquente parmi les stigmates ophthalmoscopiques de la syphilis congénitale. Les altérations du nerf optique sont en rapport avec celles des vaisseaux centraux ; c'est une névrite interstitielle rétrobulbaire, limitée au segment du nerf compris entre la papille et le point d'entrée de l'artère centrale.

Les altérations vasculaires consistent en phénomènes d'endovasculite (avec prolifération de l'épithélium et oblitération plus ou moins complète du calibre des vaisseaux), périvasculite (avec suffusion blanchâtre sur le pourtour), ces deux ordres de processus amenant une irrégularité du calibre des vaisseaux.

Le défaut de transparence de la rétine (stigmate rudimentaire de neuro-rétinite) est dû à l'épaississement des couches internes de la rétine, surtout de la couche des fibres nerveuses où sont distribuées les branches capillaires des artères centrales. C'est une infiltration parvicellulaire diffuse qui rend plus épais et moins transparent le tissu rétinien, cache quelques segments des gros vaisseaux et déforme le bord de la papille. Cette infiltration, concentrée en petits foyers le long de la tunique adventice des gros vaisseaux, constitue les petites plaques blanches centrales et légèrement proéminentes décrites dans la rétinite centrale de la syphilis acquise.

Le cadre pigmentaire qui entoure la papille est toujours très noir, assez souvent partiel et en plusieurs secteurs, rarement séparé du disque papillaire par un anneau scléral, présentant un bord net du côté de la papille et un bord plus ou moins déchiqueté vers la périphérie ; au contraire l'anneau choroïdien que l'on trouve parfois à l'état normal est brun, le plus souvent complet, et entoure le bord externe très net de l'anneau scléral.

La teinte ardoisée de la région péripapillaire est un stigmate très rudimentaire qui, plus prononcé et plus étendu, va jusqu'à la pigmentation grenue dont la va-

leur diagnostique est tout à fait évidente. Chez les personnes âgées, à l'état normal, on peut voir, surtout vers l'ora serrata, un aspect tigré du fond de l'œil dû à ce que le pigment rétinien peu abondant permet de voir le réseau vasculaire de la choroïde très pigmentée au contraire, avec des taches noires plus ou moins foncées indiquant les espaces intervasculaires. Lorsqu'on trouve chez un enfant ou un adolescent cet aspect tigré de l'ora serrata des vieillards, cette vieillesse précoce du fond de l'œil est encore une présomption de syphilis héréditaire.

Il en est de même d'une décoloration diffuse de la région centrale du fond de l'œil que l'on rencontre assez rarement. La dépigmentation diffuse que l'on rencontre souvent dans la région équatoriale du fond de l'œil est une altération de l'épithélium rétinien. Quant à la pigmentation grenue, elle tient à la lésion plus ou moins étendue de la couche rétinienne pigmentaire, dont les cellules laissent échapper les granules de pigment. A un degré plus élevé nous avons la rétinite pigmentaire.

D'après leur groupement ces stigmates donnent soit une forme centrale, soit une forme périphérique, soit des formes mixtes. L'auteur est tenté de ranger dans cette forme centrale la chorio-rétinite maculaire, en reconnaissant qu'elle est rare, et le staphylome postérieur congénital, mais ce dernier n'a plus rien de rudimentaire.

La localisation équatoriale de la chorio-rétinite syphilitique est un caractère de la syphilis congénitale qui n'appartient pas en général aux manifestations oculaires de la syphilis acquise, mais cette forme équatoriale est très rarement isolée.

Ces diverses lésions sont assurément communes et laissent des traces plus ou moins manifestes et surtout des *altérations fonctionnelles*; mais l'auteur nous paraît émettre une opinion quelque peu hasardée quand il dit que « ces altérations expliquent la plus grande partie des cas d'*amblyopie congénitale* soi-disant *sine materia*. »

Dans ces altérations fonctionnelles, l'auteur range en outre une hypermétropie plus ou moins forte causée par une sorte d'arrêt de développement de l'œil et associée à un certain degré d'astigmatisme; la correction la plus parfaite de cette amétropie laissera souvent l'acuité visuelle au-dessous de la normale. Il y aurait donc une amétropie par dystrophie hérédo-syphilitique. L'auteur croit également à une myopie monoculaire de même origine. La genèse du strabisme hérédo-syphilitique se trouve toute expliquée par les stigmates rudimentaires.

Les stigmates ophthalmoscopiques même rudimentaires sont les plus précieux pour dépister la syphilis congénitale, car ils sont les plus précoces, ils viennent bien avant les altérations de l'appareil dentaire, les altérations de l'appareil auditif et la kératite interstitielle. Leur importance ne saurait donc être exagérée.

A cet exposé théorique très complet, l'auteur joint 90 observations personnelles qui contribuent à donner une valeur très réelle à ce travail dont la place se trouve marquée dans la bibliothèque de tous les oculistes.

A. CHEVALLEREAU.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 mars. — Présidence de M. WOLF.

Etude préliminaire d'une méthode de dosage de l'oxyde de carbone dilué d'air. — M. ARMAND GAUTIER.

Sur l'emploi du chlorure de palladium pour la recherche dans l'air de très petites quantité d'oxyde de carbone et sur la transformation de ce gaz, à la température ordinaire, en acide carbonique. — MM. POTAIN et DROUIN. *Conclusions.* — 1° On peut, à l'aide du chlorure de palladium, reconnaître la présence dans l'air de très petites quantités d'oxyde de carbone.

2° Ce procédé permet un dosage approximatif qui n'a rien de l'exactitude requise en chimie, mais qui, dans la pratique, suffirait à fournir des indications utiles au point de vue de l'hygiène.

3° L'oxyde de carbone mélangé à l'air en petite quantité et à la température ordinaire se transforme lentement en acide carbonique. Cette transformation est retardée et limitée par la présence même de l'acide carbonique.

4° Elle explique sans doute comment, malgré les quantités considérables d'oxyde de carbone produites incessamment dans une grande ville comme Paris, on n'en trouve cependant pas de traces notables dans l'air, si ce n'est au voisinage même des sources de production.

Sur le traitement de la rage par l'injection de substance nerveuse normale. — M. V. BABES. En 1889, j'observai que des personnes mordues par des animaux enragés et affectées de neurasthénie, d'épilepsie ou de mélancolie, ont été, à la suite du traitement pasteurien, en partie guéries aussi de ces maladies nerveuses. M'appuyant sur cette observation, j'avais essayé de traiter des neurasthéniques, des mélancoliques et des épileptiques par des injections de substance nerveuse, surtout du bulbe de mouton ou de lapin.

Mon regretté ami Constantin Paul avait déclaré, le 23 février 1892, à l'Académie de Médecine de Paris, qu'il s'était convaincu de l'effet salutaire de ces injections qu'il désigne sous le nom de *procédé du professeur Babes*.

En appliquant lui-même à Paris ce procédé, il avait obtenu une série de résultats remarquables qu'il ne tardait pas à communiquer à l'Académie de Médecine, tandis que moi, de mon côté, je publiais mes résultats dans la *Deutsche mediz. Wochenschrift*.

La maladie et la mort de mon ami ayant interrompu l'étude clinique de ce procédé, ce n'est que récemment que l'on a repris cette étude d'une manière scientifique et expérimentale.

J'avais déjà soupçonné que la substance nerveuse devait jouir d'un certain pouvoir pour combattre les infections qui s'adressent au système nerveux et notamment à la cellule nerveuse. Ainsi, en examinant les différents organes des animaux immunisés contre la rage, j'avais constaté que la substance antirabique n'existe chez ces animaux que dans

le sang et dans le système nerveux, surtout dans le liquide céphalo-rachidien (*Académie de Médecine*, 1895).

J'avais encore constaté qu'à une certaine époque le sang renferme des substances antirabiques, tandis que le système nerveux n'en contient pas.

En constatant la localisation des lésions rabiques au niveau des cellules nerveuses du bulbe et de la moelle et en considérant la virulence de la substance grise de la rage, j'ai été conduit à admettre que le virus rabique se localise au niveau de ces cellules, et que les symptômes de la rage sont en rapport de cause à effet avec les lésions.

J'avais découvert, en 1889, la propriété que possède le sérum des animaux immunisés de guérir la rage et, comme je pouvais contrebalancer, *in vitro*, l'action du virus rabique par le sérum antirabique, il fallait chercher la source de cette substance.

Comme on avait démontré pour le tétanos que la toxine tétanique s'adresse aux mêmes cellules nerveuses et que ces cellules sécrètent une substance antitétanique, il était à prévoir que la cellule nerveuse, par sa fonction importante et par sa stabilité, doit jouir de la faculté de s'opposer aux attaques directes du virus rabique.

Dans ces cas, il faudrait supposer que la cellule nerveuse normale renferme ou sécrète aussi une substance qui, jusqu'à un certain degré, peut s'opposer à l'infection rabique.

J'ai donc essayé de prévenir ou de guérir la rage par mon procédé, c'est-à-dire par l'injection sous-cutanée d'une certaine quantité de substance nerveuse du bulbe et de la moelle d'animaux sains et neufs. J'ai tout d'abord cherché, en collaboration avec M. Riegler, si l'on pouvait paralyser (neutraliser) le virus fixe *in vitro* par la substance nerveuse; mais, tandis que nous avons constaté qu'une partie du sang de nos chiens les plus immunisés peut paralyser jusqu'à 50 parties de virus, une partie de substance du bulbe de brebis ou de lapin ne réussit pas à paralyser 1 partie de virus, et même 10 parties de bulbe normal n'ont pas d'effet appréciable sur 1 partie de virus fixe.

Cependant, en agissant sur les animaux, j'ai obtenu, en collaboration avec M. Riegler, une action préventive ou curative très nette de la substance nerveuse normale sur le virus rabique, à la condition de donner une quantité assez abondante de substance nerveuse et de ne pas employer un virus trop fort.

Ainsi, en inoculant, par trépanation, quatre chiens, avec le virus de passage de deux jours, de nos lapin de 1 kilog., et en traitant trois de ces chiens pendant dix jours, chaque jour, par des injections de 5 gr. d'émulsion de bulbe de mouton normal, le chien de contrôle meurt le quinzième jour de rage, un des chiens traités succombe le vingtième jour de la rage, tandis que deux chiens résistent.

En répétant ces expériences sur quatre chiens traités de la même façon, un seul chien résiste ; mais, en commençant les injections trois jours avant l'infection cranienne chez trois chiens et en infectant en même temps un chien de contrôle, ce dernier a succombé le douxième jour de la rage, tandis que les trois chiens traités par la substance nerveuse ont résisté.

Comme, depuis ces expériences, plus de deux mois se sont écoulés, on peut les regarder comme concluantes.

Chez le lapin, les résultats ont été beaucoup moins nets, ce qui s'explique par le fait qu'on ne peut qu'exceptionnellement sauver ces animaux, même par la méthode de Pasteur, si l'on commence le traitement après la trépanation.

Nous continuons ces expériences intéressantes en changeant les conditions de l'infection, mais nous nous empressons de publier ces résultats préalables qui prouvent qu'on *peut combattre la rage par des injections de substance du bulbe de moutons sains et non traités auparavant.*

Par les résultats obtenus par Wassermann et Takaki dans le tétanos, de même que par les résultats obtenus par Vidal, Manicatide, etc., dans l'intoxication par la strychnine, de même que par les résultats relatés plus haut, mon procédé de traitement de certaines maladies du système nerveux par des injections de substance du bulbe normal du mouton a acquis une base solide expérimentale.

Nos expériences ont prouvé, de plus, que les substances renfermées dans le bulbe et qui s'opposent à l'infection rabique et tétanique s'adressent à certaines toxines, à certains alcaloïdes, à des virus de nature différente, de sorte qu'il n'est plus douteux que mon procédé peut avoir un effet réel dans différentes maladies nerveuses, de nature toxique ou infectieuse, de même que pour les maladies pour lesquelles Constantin Paul et moi-même avons obtenu des résultats favorables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend une lettre du ministre de l'Intérieur demandant à l'Académie son avis sur la question de savoir s'il faut comprendre la lèpre dans le nombre des maladies dont la déclaration doit être considérée comme obligatoire en Algérie.

Déclaration obligatoire des maladies transmissibles dans les colonies. — M. Cadet de Gassicourt lit, au nom de M. Vallin absent, un rapport en réponse à la demande formulée par le ministre des Colonies sur le point de savoir si la rougeole, la lèpre et la dysentérie épidémique devaient être comprises parmi les maladies transmissibles dont la déclaration est obligatoire dans les colonies. Le rapport affirmatif de M. Vallin est adopté sans discussion.

La vaccine obligatoire aux colonies. — M. Hervieux répond aux objections qui lui ont été faites par MM. Vallin et Chauvel. Il propose en terminant que l'Académie émette le vœu qu'une circulaire ministérielle rappelle aux autorités administratives qu'elles ont le droit, en vertu de la loi du 5 avril 1884, d'imposer l'obligation vaccinale aux colonies éprouvées par les endémies et les épidémies varioliques.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Sur 64 votants, majorité, 33, M. Richet est élu par 46 voix contre 11 données à M. Reynier, 5 à M. Gréhant et 1 bulletin blanc.

De la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore. — M. Hayem fait un rapport sur une communication faite récemment par M. Tuffier. Quelques chirurgiens ont eu de la tendance à exagérer les indications de la gastro-entérostomie ; une question de pratique chirurgicale doit reposer sur un diagnostic aussi précis que possible.

J'ai relevé 39 cas de sténose non cancéreuse dont 21 dus à des ulcères certains, les autres à différentes causes. Il y a

eu 10 autopsies qui ont permis de relever exactement les lésions et 6 opérations, non suivies de mort, dans le cours desquelles la nature de la lésion a pu être reconnue. La cholélithiase vient après les ulcères par ordre de fréquence. Le chirurgien doit s'attendre à rencontrer des brides de péritonite localisée ; cette péritonite locale est d'ailleurs très fréquente en dehors des cas de sténose, mais elle joue surtout le principal rôle dans ces derniers.

Le principal point de ce diagnostic doit d'abord être de diagnostiquer s'il y a ou non sténose et quel est le degré de cette sténose. Dans les cas de sténose par néoplasie, le diagnostic est en général facile, mais il peut aussi être très difficile, en raison de l'intolérance de l'estomac, qui fait disparaître les signes de rétention.

La sténose moyenne est la variété la plus commune. Les malades qui présentent les signes de la maladie de Reichmann, sont, ai-je dit au mois de mai dernier, des sténosés.

La sténose légère ou douteuse ne comporte pas d'indication chirurgicale, sauf dans les cas où l'on veut obtenir une cure radicale, par exemple d'ulcère douloureux et saignant.

Le diagnostic est généralement possible et même facile entre la sténose cancéreuse et la sténose non cancéreuse, mais il y a des cas exceptionnels où ce diagnostic est très difficile, par exemple dans les cas où un cancer se développe sur une cicatrice d'ulcère.

L'opération est très grave et peut entraîner la mort en l'espace de quelques heures, il ne faut donc pas la pratiquer à la légère. Elle n'est rationnelle que dans certains cas déterminés, dans la sténose moyenne ou un peu serrée, quand a échoué un traitement médical bien conduit qui est celui de l'ulcère chronique.

Il y a d'ailleurs des différences individuelles considérables. Les résultats de l'intervention sont excellents dans la sténose chronique. Malgré l'opération les aliments séjournent encore assez longtemps dans l'estomac. Quand l'évacuation gastrique, sans être trop rapide, se fait facilement, l'hyperchlorhydrie finit par disparaître. Quoique le reflux de la bile dans l'estomac ait généralement peu d'inconvénient, il faut éviter cette complication autant que possible.

Dangers des conserves de viandes dans l'alimentation du soldat en campagne. — M. le Dr Henri Barré lit une note sur ce sujet.

Nouvelles remarques sur le traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique. — M. Chipault lit une note sous ce titre.

Pathogénie du décollement rétinien. Son traitement par la ciliotomie et la glace. — M. Galezowski lit une note dont voici les conclusions :

1° Le décollement de la rétine des yeux myopes est provoqué par la rupture de quelques festons de la zonule de Zinn, qui se décollent les uns des autres. C'est là le phénomène initial du décollement rétinien.

2° Cette rupture se fait dans le segment externe du globe ; elle entraîne une filtration de l'humeur aqueuse en arrière vers le canal godronné. De là l'humeur aqueuse se porte sous la zone de la rétine et la décolle.

3° Le liquide sons-rétinien n'est pas autre chose que l'humeur aqueuse filtrant, à travers la zonule de Zinn déchirée, vers l'espace sous-rétinien.

Par un procédé spécial de *ciliotomie*, je facilite l'écoulement du liquide sous-rétinien et je provoque une cicatrice dans les attaches déchirées de la zonule de Zinn.

Une autre condition de la guérison du décollement est l'abaissement de la température du globe de l'œil pendant toute la durée du traitement.

J'obtiens ce résultat en appliquant sur l'œil malade de petits sacs de caoutchouc remplis de glace.

— A 4 h. 50 l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Trasbot sur les candidats au titre d'associé national. La liste de présentation comprend en 1re ligne M. Baillet ; en 2e ligne *ex æquo* MM. Peuch et Signol.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er avril 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Scarlatine apyrétique. — M. Rénon. Chez un enfant atteint d'angine sans fièvre, j'ai observé une scarlatine au début avec température à 37°,4, pouls à 90. L'éruption a été typique, il a eu ensuite une desquamation complète et pendant tout ce temps la température axillaire n'a pas dépassé 37°,4.

L'éruption m'a paru typique ; il n'y a pas eu de médicaments donnés, pas d'albuminurie.

Dans des cas analogues on a observé le pouls à 110 ou 120, j'ai observé aussi cette sorte de dissociation.

M. Rendu. Je viens d'observer, au milieu d'une petite épidémie de scarlatine, un cas d'éruption sans fièvre et un autre cas avec angine scarlatineuse sans éruption ni fièvre.

Adénolipomatose symétrique. — MM. Launois et Bensaude présentent un malade de trente-deux ans, porteur de tuméfactions lipomateuses, diffuses, distribuées symétriquement au cou (région sus-hyoïdienne), à la face (région pré-auriculaire), à la tête (régions rétro-mastoïdiennes), à la nuque et aux aines. De la masse inguinale descend, le long de la face interne des cuisses, un cordon induré (tronc lymphatique très probablement). Dans ces différentes zones lipomateuses, mollasses, on peut percevoir, dans la profondeur, des ganglions plus durs.

Le malade a le facies d'un leucocythémique ; pas de leucémie ; il n'y a qu'une légère augmentation du nombre des globules blancs ; mais le sang est remarquablement plus riche en leucocytes de la première variété (petits mononucléaires). La rate est un peu angmentée de volume. Le malade présente, en outre, quelques phénomènes qui font penser à de la compression médiastine. Enfin il se cachectise vite, malgré une alimentation abondante et copieuse (pas de tuberculose, pas de modification des urines).

Il s'agit d'un cas semblable à ceux que MM. Bucquoy, Siredey, Hayem, Dalché ont présentés récemment à la Société ; on en trouve une soixantaine dans la littérature médicale, sous les noms les plus divers (lipomes multiples, lipomes diffus de la nuque et du cou, lipomes symétriques).

MM. Launois et Bensaude rejetant comme mécanisme pathogénique une dystrophie liée à une altération thyroïdienne, ou des troubles sécrétoires des glandes sébacées de la peau, repoussant la théorie classique (trophonévrose), acceptent l'opinion de M. Hayem, à savoir que l'affection a son origine dans les ganglions et vaisseaux lymphatiques, mais qu'elle est cependant entièrement distincte de la lymphadénie. En effet : 1° ces tumeurs se développent dans

des endroits où normalement se rencontrent des ganglions (il ne faut pas oublier que dans certaines régions où communément on ne décrit pas de ganglions, ceux-ci existent néanmoins, comme l'ont démontré les anatomistes) ; 2° l'infiltration graisseuse gagne dans la profondeur en suivant le trajet des lymphatiques ; 3° elle s'accompagne souvent de symptômes médiastinaux (qui sont nécessairement d'origine ganglionnaire) ; 4° dans les masses lipomateuses, on parvient fréquemment à percevoir des ganglions indurés. Malheureusement, l'étude anatomique exacte n'a pu être faite ; aucune autopsie n'ayant été publiée, les seules connaissances qu'on ait sur ce point ont été fournies par les biopsies ou les interventions chirurgicales ; 5° comme l'a montré Wirchow, les adénites retentissent souvent sur l'atmosphère graisseuse péri-ganglionnaire, en donnant naissance à des productions lipomateuses ; 6° la possibilité de l'hypertrophie de la rate et d'une leucocytose légère sont encore en faveur de l'origine ganglionnaire de ces productions.

Pneumococcie. — MM. Galliard et Morely. Nous avons vu chez un homme de 44 ans évoluer une pneumonie à foyers successifs. La pneumonie occupa le lobe inférieur gauche ; le huitième jour apparurent des signes d'inflammation du poignet droit, qui obligèrent à faire l'arthrotomie (le pus contenait le seul pneumocoque) ; douze jours après, l'état général étant resté mauvais, on vit la température s'élever et apparaître une pleurésie purulente à pneumocoques, deux thoracenthèses ne parvinrent pas à guérir cette pleurésie, et il fallut faire la thoracotomie : le malade guérit.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 2 avril 1898. — Présidence de M. Aug. Voisin.

A l'ouverture de la séance, M. Buret vient prendre place au Bureau et informe ses Collègues que M. Martin-Durr, étant sur le point de subir une opération sérieuse, l'a prié de le remplacer dans ses fonctions de Secrétaire Général jusqu'à son complet rétablissement. La Société accepte l'Intérimaire et le prie de transmettre à M. Martin-Durr ses sentiments de regrets pour le fâcheux événement qui le force à suspendre momentanément ses fonctions.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A ce propos, signalons une erreur typographique pour laquelle une rectification s'impose, dans l'intérêt de l'histoire. Il a été imprimé :

« M. Buret, à propos du procès-verbal, fait remarquer que le fils de François Ier avait 3 ans quand son père a gagné la syphilis. »,

Or, il faut lire : « ... avait déjà *vingt-trois* ans... »

En effet, François 1er, disent d'assez rares ouvrages, contracta la syphilis vers la fin de son règne et en mourut en 1547 après avoir traîné sept ans. Or, Henry II est mort en 1559, à l'âge de 42 ans, il en avait 30 à son avènement au trône et 23 en 1540.

Correspondance imprimée : 1° journaux et revues ordinaires ; M. le Président signale des guérisons d'enfants tuberculeux à Ormesson relatées par le *Bulletin mensuel de l'œuvre des enfants tuberculeux* ; 2° compte-rendu des séances du Conseil d'hygiène publique ; 3° congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne de 1898.

Correspondance manuscrite. M. Jullien, obligé d'aller à Tunis voir un de ses beaux-fils malade, s'excuse par dépêche de ne pouvoir assister à la séance.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Roulin, au titre de membre titulaire. — M. Brossard. — Messieurs, dans sa dernière séance, la société a nommé une commission composée de MM. Bouloumié, Dubuc et Brossard rapporteur, chargée d'examiner les titres de M. le Dr Louis Roulin, qui sollicite son admission parmi nous comme membre titulaire.

A l'appui de sa candidature, M. Roulin nous a lu un important travail qui a pour titre : *Quel doit-être le traitement actuel de la diphtérie ?* Dans ce mémoire, M. Roulin commence par rappeler la révolution effectuée dans le traitement de la diphtérie par la communication du Dr Roux au Congrès de Budapest, l'émotion ressentie par le monde médical à cette nouvelle, et l'enthousiasme du public dans le monde entier.

Désormais il semblait que l'on eût trouvé le remède définitif et infaillible de cette affection. M. Roulin cherche dans les statistiques la justification d'un tel enthousiasme en même temps que la preuve de l'efficacité du traitement sérothérapique, qui a commencé à être appliqué en 1894, et qui était d'un emploi général en 1895. En France, M. Sevestre, qui avait en 1890 pour la diphtérie une mortalité de 55,88 p. 100, voit tomber cette mortalité à 13,8 p. 100 en 1895.

M. Moizard voit la mortalité par diphtérie s'abaisser en 1894 à 14,7 p. 100. La statistique de MM. Lebreton et Magdeleine donne une mortalité de 12 p. 100.

A l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Variot, la mortalité qui était de 40 à 50 p. 100 s'abaisse en 1895 à 14,5 p. 100 et en 1896 à 15,27 p. 100.

Le Dr Georges Godet, qui constatait aux Sables d'Olonne une mortalité de 65 à 70 p. 100, obtient 27 guérisons sur 27 cas.

Les statistiques étrangères donnent les mêmes résultats.

La statistique établie par la société américaine de Pédiatrie donne une mortalité de 12,3 p. 100.

La Commission belge chargée d'étudier les effets de la méthode de Roux, conclut à une mortalité de 11 p. 100.

Enfin en Allemagne, les chiffres ne diffèrent pas sensiblement, la mortalité par diphtérie, depuis l'application de la sérumthérapie, s'abaisse à 17,3 p. 100. Malgré les chiffres fournis par toutes ces statistiques, M. Roulin conserve des doutes, et se demande si la diminution de la mortalité ne doit pas être attribuée à d'autres causes qu'à la nouvelle méthode de traitement. Pour se faire une opinion plus exacte, il examine la statistique de la ville de Paris, depuis 1881 jusqu'à 1896, et nous présente dans son mémoire un tableau comparatif de la mortalité produite par les principales maladies contagieuses pendant cette période de quinze années. Il est surpris de constater que si la mortalité diminue progressivement pour la diphtérie, il en est absolument de même pour la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole.

En effet, les décès par diphtérie qui s'élevaient à 2.260 en 1881, tombent successivement à 1.512 en 1886, à 1361 en 1891 et à 388 en 1896.

La mortalité de la fièvre typhoïde, qui donne le chiffre de 2093 en 1881, s'abaisse en 1886 à 954, en 1891 à 476, en 1896 à 247.

Pour la scarlatine on a en 1881, 438 décès, en 1886, 403; en 1891, 202; en 1896, 157.

Pour la variole enfin la mortalité donne 997 décès en 1881, 203 en 1886, 39 en 1891, 21 en 1896.

Devant ces chiffres, M. Roulin se demande si cette diminution progressive et générale de la mortalité des maladies contagieuses ne doit pas être attribuée à l'hygiène, au service de désinfection rendu obligatoire en 1894, à l'amélioration des services hospitaliers, et surtout à l'emploi des antiseptiques, plutôt qu'à l'application de la nouvelle méthode de traitement.

« C'est en 1888, dit-il, que j'ai conseillé les douches antiseptiques au phénate de soude, c'est également vers cette date que Gaucher a fait connaître son traitement par le camphre et l'acide phénique. C'est en 1889 que M. Hutinel fait une leçon pour recommander les antiseptiques en lavages fréquents dans la gorge. » Quoi qu'il en soit, M. Roulin ne conteste pas l'efficacité de la sérumthérapie, confirmée par un grand nombre d'observations, et bien souvent dans des cas où il est avéré que les malades n'ont dû la vie qu'à ce mode de traitement.

Mais le sérum antidiphtéritique a ses inconvénients, ses dangers, ses victimes, et par conséquent ses contre indications. M. Roulin nous en cite quelques exemples :

La Commission belge rapporte 128 cas de malades ne présentant pas de diphtérie, et inoculés : 20 sont morts.

La Société américaine de Pédiatrie cite trois décès imputables au sérum.

M. Variot rappelle dans son livre une importante observation de Moizard et Bouchard, et plusieurs observations dans lesquelles l'absence de signes broncho-pulmonaires font penser que la mort a dû être attribuée au sérum.

Enfin M. Roulin ajoute à cette série le cas lamentable du professeur Langerhans de Berlin, perdant son fils âgé de 20 mois, qu'il avait inoculé lui-même ; et un cas du Dr Alfuldi, concernant un enfant de 18 mois.

En résumé, le sérum est loin d'être un remède infaillible, il peut tuer, sans qu'on puisse attribuer la mort à d'autre cause qu'à son emploi ; il détermine souvent des paralysies cardiaques, des néphrites, des arthralgies, des paralysies, des urticaires, des érythèmes, des abcès. Enfin son emploi peut avoir pour conséquence une débilité progressive de l'état général, pouvant amener la mort après un certain temps.

En présence de pareils méfaits causés par le sérum, M. Roulin se demande si l'on ne doit pas partager l'opinion de Romiciano de Bucarest qui conseille d'attendre et de ne recourir à l'injection qu'en cas de diagnostic bien vérifié, et même d'aggravation du mal.

Il n'y aura d'ailleurs aucun inconvénient à attendre, car M. Roulin nous propose d'employer dès le début de la maladie un traitement sans danger, et, suivant lui, aussi efficace que le sérum : ce sont les lavages de la gorge au phénate de soude.

Dès 1888, il a appliqué ce traitement ; à cette époque, il a traité 79 angines et 3 croups ; tous ses malades ont guéri. Les traitements similaires ont d'ailleurs donné les mêmes résultats : Gaucher a eu 18 guérisons sur 18 cas ; Dubousquet a eu 4 décès sur 81 cas.

Depuis 1896, M. Roulin a appliqué son traitement à un certain nombre de malades, et il rapporte dans son mémoire huit observations de diphtéries confirmées par l'examen bactériologique effectué par le Dr Henri Martin, et traitées avec succès par les lavages au phénate de soude.

Dans un de ces cas, il s'agit d'un enfant d'un an ; dans un autre, il s'agit d'un adulte, les 6 autres observations portent sur des enfants de 6 à 10 ans.

Deux sont atteints de croup, les 6 autres, d'angine.

Dans un cas, celui de l'adulte, M. Roulin a trouvé des bacilles longs et enchevêtrés, associés à des streptocoques ; dans les 7 autres cas, il n'y avait que des bacilles moyens et courts, sans association microbienne.

Aucun malade ne présentait d'albuminurie.

Dans tous les cas, M. Roulin fait des douches pharyngiennes et même nasales, toutes les heures, jour et nuit.

La durée du traitement est variable, dans les 8 observations rapportées, la guérison s'est effectuée tantôt en cinq jours, tantôt en quinze à vingt jours.

De tous les faits rapportés dans ce mémoire, M. Roulin conclut que les douches antiseptiques au phénate de soude guérissent l'angine diphtérique et le croup, quel que soit le bacille, sans causer d'accident ni pendant, ni après la maladie, tandis que le sérum est souvent la cause d'accidents graves et même mortels ; que dans ces conditions le médecin a le devoir d'user du traitement le moins dangereux. Il n'écarte pourtant pas complètement la sérothérapie à laquelle on pourra recourir en cas d'aggravation ou si le mal ne peut être atteint par l'antiseptique.

Je ne m'attarderai pas, Messieurs, à discuter les conclusions du mémoire de M, Roulin, qui semblent nous rejeter à plusieurs années en arrière. En effet, en 1888, au moment où lui-même préconisait les douches au phénate de soude, tous les médecins cherchaient un remède à la diphtérie dans l'emploi des antiseptiques. Nous avons employé l'acide salicylique, le phénol camphré, les grands lavages à l'acide phénique, au sublimé, etc. ; et nous pouvons dire que par ces différents moyens nous avons guéri beaucoup de malades, puisque nos statistiques donnent environ 50 p. 100 de guérisons. Mais aucun de ces traitements n'a été reconnu comme un traitement vraiment curatif ; on ne cherchait dans les antiseptiques qu'une atténuation à l'effet virulent et toxique du mal.

Or voici qu'à ce traitement simplement palliatif, vient se substituer un traitement franchement curatif, un traitement qui s'attaque non pas aux lésions superficielles et locales de la diphtérie, mais au microbe même, à ses toxines, en même temps qu'aux exsudats qu'il dissocie et élimine. Ce traitement n'est pas resté une simple méthode expérimentale, il n'est pas resté la propriété d'un groupe ou d'un pays ; la méthode de Roux est entrée de suite dans le champ de l'application la plus large, elle s'est répandu rapidement dans le monde entier, elle est aujourd'hui universellement adoptée, et cette généralisation prouve que tout le monde préfère toujours un traitement curatif à l'emploi de simples palliatifs. D'ailleurs cette généralisation de l'application de la sérothérapie est justifiée par les résultats obtenus.

Toutes les statistiques s'accordent, tant en France qu'à l'étranger : la mortalité qui était considérable, s'abaisse tout à coup à 12 ou 15 p. 100. Certainement M. Roulin nous montre, par la statistique de la ville de Paris, que la mortalité diminue progressivement, aussi bien pour les maladies contagieuses, typhoïde, scarlatine, variole, que pour la diphtérie. Il en conclut que la diminution de la mor-

talité pour la diphtérie ne tient pas à l'application du sérum, mais qu'elle est la conséquence, comme pour les autres maladies, de l'antisepsie, de l'hygiène, des désinfections, de l'amélioration des services hospitaliers. Nous pensons avec lui que toutes ces causes ont diminué la mortalité générale, mais en diminuant les cas de maladie. Demandez aux médecins qui exercent depuis 25 ans, ils vous diront tous que les maladies contagieuses tendent à se faire de plus en plus rares, et par conséquent, s'il y a moins de malades, il y a naturellement moins de décès. La mortalité générale a diminué, la mortalité proportionnelle au nombre de sujets atteints est restée, au moins pour la diphtérie, sensiblement la même. Qu'on prenne l'année 1881 avec 2260 décès, par diphtérie, ou qu'on considère l'année 1886 avec 1512 décès, ou l'année 1891 avec 1361 décès, la mortalité n'en reste pas moins égale à 50 ou 60 p. 100. Or, le sérum de Roux est généralement appliqué en 1895, le nombre des malades reste le même, le nombre des décès tombe à 415, la mortalité s'abaisse à 12 p. 100. Cependant toutes les mesures d'hygiène, de désinfection, d'antiseptie, étaient prises antérieurement. Pour ne combattre M. Roulin qu'avec ses propres armes, je citerai encore un fait que je trouve relaté dans son mémoire : pendant la même période de la même année, 448 enfants sont traités à l'hôpital des enfants par la sérothérapie, la mortalité est de 24 p. 100. Dans le service de l'hôpital Trousseau, où l'on n'applique pas la méthode de Roux. 520 enfants sont traités par les seuls moyens antiseptiques, la mortalité dans ce service s'élève à 60 p. 100.

En ce qui concerne les inconvénients du sérum, je ne parlerai pas du danger des inoculations préventives, rappelé par M. Roulin. Ces inoculations préventives ont été, presque dès le début, déconseillées par le Dr Roux, et complètement abandonnées. Le sérum ne pouvant pas avoir d'effet curatif, la maladie n'existant pas, ne pouvait être qu'une cause de complication morbide dans un organisme sain. Voilà pourquoi, pour la même raison, il est indispensable, avant d'appliquer la méthode de Roux, d'avoir un diagnostic bien confirmé par l'examen bactériologique ou tout au moins, dans les cas urgents, par des symptômes cliniques certains et irréfutables. Quant aux autres accidents, M. Roulin semble mettre sur le compte de la sérothérapie toutes les complications qui peuvent survenir : mort rapide, sans cause appréciable, paralysie cardiaque, néphrite, arthralgies, paralysies, érythèmes, abcès, débilité générale. Mais tous ces accidents, nous les connaissions avant l'application du sérum ; nous avons eu bien souvent à constater ces différentes complications qui surgissent parfois en pleine convalescence et qui déconcertent et découragent les praticiens les plus expérimentés.

Je ne veux cependant pas affirmer que tous les accidents et complications sont indépendants de la sérothérapie, et je ne mets pas un instant en doute les cas de mort, attribués au sérum, rapportés par M. Roulin dans son mémoire. Le sérum n'est ni un traitement infaillible, ni un traitement inoffensif, surtout quand il est appliqué sur des sujets affaiblis, infectés, ou possédant quelque tare organique. Ce sont là des cas malheureux, qu'on ne peut que déplorer, mais qui sont heureusement moins fréquents qu'on ne pense et qui ne doivent pas faire abandonner une méthode qui a déjà suffisamment fait ses preuves, quoique récente encore. D'ailleurs ces faits malheureux ne pourront qu'aller en diminuant quand les médecins seront plus familiarisés avec la sérothérapie et sauront allier cette méthode avec un traitement général bien approprié. Or nous croyons que beaucoup d'accidents, imputables ou imputés au sérum, sont dûs à l'absence de traitement généra ou à l'incertitude de la conduite à tenir une fois l'inoculation faite.

Nous avons rapporté ici l'an dernier deux observations de diphtérie dans lesquelles nous nous sommes appliqué à démontrer l'importance du traitement général.

Il s'agissait de deux enfants de 3 ans, atteints du croup et de bronchite diphtérique. C'étaient des diphtéries graves, hypertoxiques à bacilles longs, enchevêtrés, nombreux, associés à de nombreux staphylocoques et streptocoques. Chacun de ces deux enfants a eu plus de 50 centimètres cubes de sérum. Nous avons eu une albuminurie intense, des érythèmes très étendus, des symptômes d'infection générale, de la paralysie. Les malades ont parfaitement guéri, mais nous croyons que si les effets toxiques ont été neutralisés par le sérum, l'inocuité des accidents consécutifs et la guérison définitive ont été favorisées par le traitement général : hygiène de la chambre, maintien prolongé de la vapeur, lavages des muqueuses buccale, pharyngienne, intestinale, examen quotidien de l'urine, pendant longtemps régime lacté absolu, etc.

M. Roulin ne conteste pas l'efficacité du sérum, et n'affirme pas non plus l'infaillibilité de son traitement, puisqu'il pense qu'on devra recourir au sérum dans les cas d'aggravation du mal, et dans les cas où l'on ne pourra pas porter directement l'antiseptique sur le mal.

Nos conclusions diffèrent de celles de M. Roulin : les douches au phénate de soude ne sont qu'un traitement antiseptique palliatif, n'éliminant pas complètement l'obligation probable de l'emploi du sérum. On doit leur préférer les injections de sérum, traitement franchement curatif, agissant sur les toxines et dissociant les exsudats.

De plus, nous pensons que le sérum doit être appliqué dès le début, avant tout autre traitement et après confirmation du diagnostic. Car attendre, c'est permettre à l'intoxication de se généraliser, c'est rendre plus difficile l'efficacité du traitement, c'est s'exposer à employer de plus grandes quantités de sérum, et à faire naître, dans un organisme infecté et épuisé des complications pouvant être imputées à la sérothérapie.

Enfin, l'emploi du sérum ne supprime pas tout traitement, mais il doit être suivi d'une surveillance attentive, et de l'application d'un traitement général assurant l'antisepsie complète du malade et de tout ce qui l'entoure.

Si nous nous sommes permis de critiquer aussi longuement le travail de M. Roulin, c'est que, en outre de la valeur qu'il présente par les faits nombreux et intéressants qu'il contient, nous y avons trouvé l'œuvre d'une conscience impeccable et d'une conviction sincère.

D'ailleurs, ce mémoire ne constitue pas le seul titre de M. Roulin, qui nous apporte l'expérience de 20 ans de pratique, et de nombreux travaux parmi lesquels je citerai sa thèse sur la « Rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf », et une étude sur le traitement de la diphtérie, et de nombreuses et intéressantes communications faites soit à la Société médico-pratique, soit à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, soit à la Société médicale du IXe arrondissement, Sociétés dont M. Roulin est membre titulaire.

Je dois renoncer, Messieurs, à vous faire l'analyse de tous ces travaux, mais vous en faire seulement l'énumera-

tion, c'est vous montrer qu'en admettant parmi nous M. Roulin, nous nous assurerons la collaboration d'un travailleur assidu et d'un observateur consciencieux. En conséquence, la commission dont je suis le rapporteur vous propose de nommer M. Roulin membre titulaire de la Société.

M. Grasset dit que l'acide citrique dissout rapidement les fausses membranes ; il agit encore mieux associé à l'acide salicylique. Il propose la formule suivante :

Acide citrique.	} ââ	1 gramme.
Acide salicylique.....		
Glycérine.....	20	—
Alcool.....	Q. s.	

F. S. A.

M. Bouloumié fait observer que la sérothérapie agit mieux lorsqu'on y ajoute le traitement direct des fausses membranes : néanmoins la sérothérapie doit rester au premier plan.

M. Brossard dit que, au début, on employait la sérothérapie seule, mais qu'on a reconnu par la suite, que les antiseptiques ne contrariaient pas l'action du sérum, opinion que partage le Dr Roux. Toutefois, il vaut mieux ne faire que de l'asepsie.

M. Grasset fait observer que c'est surtout à propos du sublimé qu'on a dit que l'association des deux traitements n'était pas heureux.

M. Brossard, comme complément de son rapport et dans le même ordre d'idées, lit une note de M. le Dr Censier relative à quelques cas de diphtérie.

M. Censier. — J'ai fait cet hiver un stage de deux mois dans le service de diphtérie de M. Sevestre.

J'avais fait un stage semblable à Trousseau en 1887 ou 88 ; dans l'intervalle, j'ai vu deux épidémies de diphtérie dans l'Orne en 1891 et 1892 ; c'était l'ère des traitements de M. Grancher et de M. Gaucher.

Eh bien, je viens cet hiver d'observer une maladie nouvelle atténuée par la bénignité relative de son allure, non par son essence, si l'on s'en rapporte aux virulences et aux associations des cultures.

Cette bénignité d'évolution, qui est le fait du sérum, pourrait presque faire dire que tout enfant injecté à temps, avant que la maladie se soit trop généralisée, avant que l'intoxication bacillaire ait pris une trop grande avance, et injecté dans les conditions reconnues les meilleures avec complément d'irrigations, etc., est un enfant sauvé.

J'ai vu des décès, presque toujours d'enfants apportés et injectés trop tard, alors que l'intoxication avait pris de l'avance, déjà des moribonds avant que le sérum ait eu le temps d'agir.

Par contre, j'ai vu des complications de bronchites, de bronchopneumonies, de pneumonies évoluer vers la guérison. Je vois encore un enfant de 6 à 7 ans, un de ces chétifs gamins des faubourgs de Paris, qui semblent des victimes fatales de la diphtérie dès qu'elle les atteint, je le vois subir une diphtérie grave associée, faire en même temps une pneumonie double, résister admirablement et sortir guéri C'est un fait entre autres.

C'est je crois, ce spectacle qui doit fixer mieux les idées que le relevé bibliographique d'accidents anciens, du début du sérum, et sur la nature desquels on n'a jamais été bien fixé.

Aujourd'hui, quand le traitement par le sérum est bien appliqué, il ne donne pas d'accidents sérieux, de simples incidents. Ce qu'on voit dans les services hospitaliers, ce sont quelques érythèmes, quelques éruptions urticariées ; les éruptions sont d'ailleurs dues non à l'antitoxine, mais au sérum de tel cheval. Elles ont été considérablement atténuées du jour où on a mélangé le sérum de plusieurs chevaux pour donner au produit plus d'uniformité.

Il est malheureux à l'heure où nous sommes de venir chercher à jeter le discrédit sur un traitement interne qui donne de si remarquables résultats, en faveur d'une application locale qui ne peut faire mieux que beaucoup d'autres.

Pour moi, en présence d'une diphtérie soupçonnée, je ne vois que deux termes — la maladie paraît très bénigne, — se hâter de faire le contrôle *très sérieux* des cultures, et, si c'est de la diphtérie, injecter le sérum ; — la maladie paraît d'une évolution plus grave, — *injecter d'abord*, de suite, il n'y a pas danger et il y a devoir à le faire, le contrôle bactériologique servira de guide pour la suite du traitement.

A. Guépin. — **Des inconvénients de la strychnine dans certains cas de parésie vésicale** (deuxième note. (*Sera publié*).

M. Dubuc fait observer qu'on donne rarement la strychnine à ce genre de malades ; il n'est pas fréquent qu'un malade vienne vous trouver pour une affection de la prostate et vous dise qu'on l'a traité par la strychnine : pour sa part, il n'en a jamais vu.

M. Bouloumié a vu des malades atteints d'hypertrophie de la prostate, chez lesquels cette lésion était ignorée et qui venaient consulter pour tout autre chose. C'est ainsi que, dans un cas d'embarras gastrique, il prescrivit la teinture de noix vomique (V gouttes par jour) ; deux jours après, le malade n'urinait plus : il est vrai qu'il en avait pris XXX gouttes par jour. M. Bouloumié fut obligé de le sonder pendant plusieurs jours de suite et tout se rétablit. Le malade se rappela que le même phénomène se produisit dans une circonstance où il avait été traité par la teinture de Baumé.

M. Grasset a observé un cas de rétention d'urine dans le cours d'une grippe : le malade avait absorbé de l'arseniate de strychnine.

M. Dubuc en conclut qu'on ne doit pas donner de strychnine aux vieillard atteints d'hypertrophie prostatique.

M. Guépin répond à M. Dubuc qu'il est entièrement de son avis ; il a pensé qu'il était utile d'attirer sur ces faits l'attention des praticiens. Il remercie M. Bouloumié d'avoir confirmé sa manière de voir, avec faits à l'appui.

Contribution au diagnostic de la syphilis. — M. Buret, (*sera publié*).

M. Tissier dit que les syphilis ignorées sont fréquentes chez les femmes, mais rares chez les hommes.

M. Grasset répond qu'un homme peut ignorer sa syphilis quand le chancre revêt des caractères anormaux : il a vu, notamment, un chancre ressemblant à un anthrax.

M. Buret fait observer qu'il y a des chancres qui peuvent en imposer au début pour de l'herpès, et qui ne s'indurent que 15 jours et quelquefois trois semaines plus tard. Il en a vu tout dernièrement un exemple frappant chez un jeune homme. Ce malade était venu le consulter pour trois petites érosions du sillon balano-préputial, absolument molles et que le client jugeait herpétiques. M. Buret fit des réserves. Trois semaines plus tard, verge œdématiée, induration cornée telle qu'il est impossible de découvrir le gland. Le malade est dans cet état depuis deux mois. Syphi-

lides buccales gênant la déglutition, et syphilides papulo-squameuses confluentes sur tout le corps.

M. de Beauvais dit qu'il faut distinguer entre les syphilis ignorées et les syphilis dissimulées.

M. Dubuc est aussi d'avis que les hommes eux-mêmes peuvent ignorer positivement leur syphilis. Il cite le cas d'un malade qui présentait, sans s'en douter, des accidents tertiaires et niait de bonne foi toute syphilis antérieure. Ce malade n'avait aucun intérêt à dissimuler la vérité. Le traitement spécifique jugea la nature de la maladie.

M. Picqué rapporte un cas bien curieux. Il fut appelé un jour en consultation par un confrère pour voir un monsieur ayant une grosse situation à Paris. Il s'agissait d'hémorrhoïdes ulcérées pour lesquelles on désirait un avis chirurgical. M. Picqué dit nettement à son confrère : « Si j'étais à l'hôpital, je dirais : *chancre induré* ». Le médecin traitant se récrie. Quelque temps après, le confrère étant en voyage, M. Picqué est rappelé auprès du même malade et constate une roséole classique. Il parvient à amener son client chez M. Hardy qui répondit brutalement : « Mais, c'est évident; vous êtes un pédéraste! Le monsieur à grosse situation fut obligé d'avouer qu'il était un passif. Il allait le soir, comme Germiny, dans les urinoirs des Champs-Élysées, offrir son infundibulum aux élans frelatés des émules de Jean Chouart. Notez que ce dépravé avait une fort jolie femme qui était encore vierge après sept ans de mariage : il était donc impuissant. M. Picqué conclut que, pour ces syphilis à siège déconcertant, il faut faire l'examen objectif et essayer le traitement spécifique.

M. A. Voisin, à propos d'impuissance, dit que la presque frigidité n'empêche pas la fécondation. Il a vu deux dames enceintes dont les maris n'avaient pas été assez puissants pour les défloreer. Il faut tenir compte aussi du vaginisme qui existe chez certaines femmes.

M. Picqué dit que le vaginisme ressort de la pathologie mentale : il l'a vu céder à la suggestion.

M. Dubuc dit que, dans certains cas parfaitement définis, le vaginisme est dû uniquement à l'hyperesthésie de la vulve.

M. Roubinovitch est nommé par 16 voix membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à 5 heures 45.

Dr F. Buret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Fibromes utérins sphacélés. — M. Tuffier. Dans la question, il faut considérer deux ordres de faits différents: les polypes sphacélés et les polypes infectés.

Les polypes infectés sont graves; l'état général est presque toujours trop atteint pour que l'intervention puisse sauver la malade.

Dans les polypes sphacélés, ceux qui sont intra-utérins peuvent s'éliminer spontanément et guérir, tandis que les polypes interstitiels peuvent entraîner à une hystérectomie vaginale et les sous-péritonéaux à la laparotomie.

M. Potherat. Les polypes des lèvres du col ne sont pas très communs et l'intervention est des plus simples.

Quant aux intra-utérins, le sphacèle survient par infection et par ischémie. Cette dernière est favorisée par certaines manœuvres telles que l'électrolysation, l'ergotine, etc. Au point de vue du traitement je rejette absolument le serre-nœud, le forceps et je m'en tiens à l'abaissement avec des pinces et au morcellement avec ciseaux et bistouri.

M. Quénu. Pour provoquer le sphacèle des fibromes, l'infection et l'ischémie unissent leur action. Ce sphacèle survient dans les polypes très pédiculés qui deviennent le siège d'une sorte d'œdème, ils s'infiltrent et la masse se nécrobiose. La gangrène ne survient que plus tard, lorsque l'infection vient s'y ajouter.

M. Pozzi. Relativement à l'étiologie de la gangrène des fibromes, j'insisterai sur l'allongement exagéré du pédicule. Quant à l'infection, qui joue également un rôle, elle se produit par ce fait que le polype vient oblitérer le conduit inférieur; aussi l'infection se fait du côté du vagin aussi bien que du côté de l'utérus.

J'ai renoncé depuis longtemps à l'écrasement linéaire, ainsi qu'au serre-nœud. J'ajoute aux indications formulées la nécessité d'un curettage soigné de l'utérus, suivi de tamponnement.

M. Ricard. Lorsque le fibrome s'infecte, il ne peut être question de le désinfecter par des topiques, et il est par cela même une indication opératoire formelle. Dans un fait, j'ai vu la température s'élever à 40°, et une phlébite qui m'entraîna à faire d'urgence l'ablation du fibrome putréfié.

M. Bouilly. La difficulté qui se présente dans les cas en question est de savoir s'il faut laisser l'utérus ou l'enlever à la suite de l'ablation de certains polypes. Je veux parler de ces faits relativement rares où le polype se compose d'une portion vaginale sphacélée déterminant un état septicémique, et une portion supérieure remplissant plus ou moins la cavité utérine. Dans un premier cas de ce genre, j'ai commencé par enlever par le vagin tout ce que j'ai pu du polype sphacélé, puis je dus, pour terminer l'opération, faire une laparotomie; la malade est morte, l'infection continuant. Dans un second cas, je suivis la marche inverse, je fis d'abord la laparotomie qui me permit de réduire le volume de la tumeur et d'enlever le reste par la voie vaginale. La malade guérit après suppuration de la paroi abdominale. Je n'ai pas assez de faits cependant pour juger la question.

Psychoses post-opératoires. — M. Lucas Championnière. Ce qui m'a surtout paru intéresser le chirurgien, c'est le cas de folie dont on accuse l'ablation des ovaires et de l'utérus. Keeg en Angleterre a été jusqu'à dire qu'un tiers de femmes castrées étaient devenues folles. Mais cette fréquence est fort exagérée et comme l'ont dit MM. Picqué et Segond, ce n'est pas une aliénation créée de toute pièce, le traumatisme n'est que l'occasion de l'explosion d'un état cérébral latent. Dans un fait une fracture du bras fut l'occasion d'un réveil d'une folie qui était restée latente pendant douze ans.

Chez ces malades il existe toujours une prédisposition. Chez une femme saine on n'introduit jamais des accidents d'aliénation analogues à ceux que nous a signalés M. Picqué.

Pancréatite suppurée et gangréneuse. — M. Guinard Chez une malade atteinte de matité de la partie inférieure du thorax, une ponction ayant indiqué du pus, je fis une incision qui donna une quantité énorme de pus, logé dans deux loges d'où sortirent quelques fragments de tissu ramolli et sphacélé. L'examen histologique comme le montre, pa-

rait-il, toujours l'abcès de cette nature, fait par M. Malassez, ne donna aucunement trace du tissu pancréatique, je n'en pense pas moins avoir eu affaire à un abcès pancréatique.

L'étude des faits qui permettent de penser que peut-être j'ai eu à faire au pancréas a été complètement faite par M. Page dans sa thèse, où se trouvent réunis les 11 faits connus. Je ne puis que reproduire ce que l'on trouve dans cette thèse.

M. Tuffier. S'agit-il vraiment d'un abcès pancréatique, d'une pancréatite? Rien ne le prouve et cet examen histologique négatif n'est réellement pas suffisant pour étiqueter pancréatite le fait que nous présente M. Guinard.

Ablation du ganglion de Gasser. — Présentation de malade par M. Guinard.

Ostéotomie sous-trochantérienne pour luxation iliaque. — Présentation du malade par M. Schwartz.

Extirpation de la saphène pour phlébite moyenne. — Présentation du malade par M. Schwartz.

Symptômes d'occlusion intestinale par typhlite sans trace d'appendicite. Résection partielle du cœcum. Guérison. — Communication par le Dr Demoulin.

Lymphangisme kystique de l'aisselle. — Présentation du dessin par M. Lejars.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

Séance du 28 mars 1898. — Présidence de M. Tripet.

Des troubles cardiaques chez les obèses. — M. Philbert rapporte deux observations de malades soignés à Brides et qui, atteints d'angine de poitrine, ont été guéris par des cures d'amaigrissement. Il se produit chez les obèses en dehors des lésions cardio-vasculaires des troubles cardiaques sérieux qui peuvent disparaître par l'amaigrissement.

De la mécanothérapie. — M. Lagrange. La mécanothérapie comprend une doctrine qui n'est autre que celle de la gymnastique suédoise, formulée par Ling et un procédé qui a été imaginé plus récemment par Zander dans le but de perfectionner, par l'emploi d'appareils de précision, l'application de la méthode de Ling, qui se faisait primitivement et se fait encore aujourd'hui à l'aide de la main d'un assistant.

La mécanothérapie, comme la gymnastique médicale suédoise, a pour principes : la *localisation* et la *mesure* du mouvement, le *fractionnement* du travail musculaire et le dosage de l'effort.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 17 février 1898, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe dans l'armée territoriale. — MM. Alphant, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité : Doubre, Berger.

Au grade de médecin-major de première classe dans l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Rumen, Rohmer, Schmit, Reynier, Merklen, Simon, Bergonié, Rémy, Brun, Quénu, Ricard, Richer, Colleville.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Faucillon, Lombard, Leflaive, Reymond, Pagliano.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Obissier, Dutertre, Ringuet, Doré, Barrès, Hanriot, Guillemin, Rocher, Demandre, Gélis, Dupasquier, Dausse, Bataille, Duhamel.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Bonnafé, Copin, Simon, Pognon, Jolly, Billoir, Pierrot, Dubut, Toussaint, Martin, Prost, de Coquet, Vaton, Kempff, Chevalier, Pic, Tournadoure, Zilgien, du Fayet de la Tour, Adam, Duret, Thiébault, Larger, Saucerotte, Charon, Boulay, Caussade, de Lauradour, Dauvergne, Grenet, Pactet, Riche, Ségéré, Demay.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Armand, Vauthier, Rigaux, Pellotier, Trichet, Mettas, Servage, Edouard dit Champion, Jacquin, Renson, Roché, Fourrier, Médard, Morice, Saint-Martin, Lehmann, Ducrochet, Boley, Colson, Boudaud, Guyot, Audié, Plicque, Mugnier-Motta, Emery-Desbrousses, Chevassus, Fillieux, Heurtault, Arnaud, Baude, Molliet, Dupré, Delporte, Doléris, Luquet, Fauvelle, Schurrer, Caral, Gaillard, Galibert, Delobel, Derville, Dalché de La Rive de Desplanels, Henry, Malet, Guyard, Barral, Delacroix, Devillebichot, Rosière, Gaumé (Pierre), Delbet, Gaumé (Gilbert), Borry, Gannet, Bosselut, Robin, Périnelle, Lanselle, Saladin, Sirot, Dubus, Cosserat, Senique, Noël, Reboul, Cart, Kœnig, Garnier, Thiéry, d'Hôtel, Baudry, Parelle, Bresse, Sirer, Prautois, Morin, Ducuron, Vernet, Deleage, Dubois Dutil, Dreumont, Vassal, Vaille, Jacquemart, d'Haussy, Charbonneaux.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-major de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée : Gasser, Giorgi et Simonot.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Auscalet, Gesland, Cordebart, Bauzan, Borel, Demantké, Bois, Follet, Michel, Bonzon, Courtois, Babon, Chapard, Billard, Cuénod, Aumont, Delanglade, Blois, Duplessis, Archambaud, Daclin, Ducloy, Boullenger, Bonnes, Daniel, Biard, Petit, Tallet, Guillaume, Juge, Fanton-d'Andon, Guéneau, Penne, Guilbaud, Bonnaud, Azémar, Chazalon, Héron de Villefosse, Fleury, Ernoul, Carlet, Raoust, Auge, Gosselin, Gayet, Chastanet, Clavey, Delraine, Dehaud, Buyck, de Lorgeril, Delthil, Gravier, Vaissier, Boulogne, Briais, Bonnifay, Guérin, Baumgarten, Imbert, Savatier, Gérardin, Vadon, Latruffe, Blanchard, Cheynet, Bernard, Dupeu, Deglaire, Bonvarlet, Dassonville, Auboin, Gary, Derocqué, Dubois, Boucher, Blivet, Hahn, Cazal, Poulain, Gossart, Dupretz, Duchon, Breton, Cache, Crouzet, Vidal, Bourdicaud-Dumay, Jullien, Denys et Frère.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 17 février 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de ré-

serve. — M. Breton, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Bertele et Mangenot.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Pau de Saint-Martin, Margantin et Chatain.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Fuzerot, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée : Jouet et Herr.

Écoles de médecine de Limoges. — M. le Dr Delotte, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Dérignac, décédé.

M. le Dr Thouvenet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Lemaistre, nommé professeur honoraire.

Institut gynécologique de Bucarest. — M. le Dr Georges Assaky, agrégé d'anatomie des facultés de médecine françaises, est chargé de la direction de cet institut.

Une grève de médecins. — On écrit de Tarbes au *Temps*.

Depuis quelque temps, un conflit s'est élevé entre les sociétés de secours mutuels de Tarbes et de la banlieue et le syndicat médical des Hautes-Pyrénées.

Dans une réunion, provoquée par la Fédération des sociétés de secours mutuels, le président a fait connaître que les médecins de la ville de Tarbes et de la banlieue, réunis en Syndicat, se refusaient dorénavant à continuer leurs bons offices aux sociétés moyennant le prix d'abonnement de 5 francs par sociétaire, qu'ils appliquaient depuis dix ans. Actuellement, ils exigent la stricte application du règlement spécial intervenu entre eux et les sociétés en 1875, c'est-à-dire : 1° un abonnement de 10 fr. par membre inscrit sur les contrôles de la société, et par veuve en faisant partie ; 2° payement, en dehors de l'abonnement, des soins donnés pour toutes opérations de petite ou grande chirurgie, et pour soins donnés en visite de nuit.

Les mutualistes trouvent ces conditions excessives. Ils refusent de consentir un abonnement supérieur à 8 francs.

Le tueur de microbes Radam. — Un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, en date du 14 novembre 1895, condamnait deux anglais, MM. Hirschfeld et Bryant, pour exercice illégal de la pharmacie, comme ayant vendu un remède secret, le « tueur de microbes Radam » ; le même jugement condamnait comme complice le pharmacien sous le nom duquel les ventes avaient été faites.

La vente du tueur de microbes Radam ayant néanmoins continué, non plus au même endroit, mais dans l'officine personnelle du même pharmacien, celui-ci fût de nouveau traduit, de ce chef, devant le Tribunal qui, le 24 janvier 1896, le condamnait à nouveau à 500 francs d'amende avec application de la loi de sursis. Le procureur général ayant interjeté appel de ce jugement, la Cour de Paris, 7e chambre, vient de rendre, le 12 février 1898, l'arrêt infirmatif suivant :

« Par ces motifs :

Infirme le jugement dont est appel, et, statuant par décision nouvelle ; faisant droit à l'appel de M. le Procureur général ;

Déclare le pharmacien X... coupable d'avoir, à Paris en 1896, annoncé par affiches imprimées, mis en vente et vendu des remèdes secrets ;

Vu les articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, et l'article unique de la loi de pluviôse an XIII ;

Condamne X... à 600 francs d'amende, et en tous les dépens de première instance et d'appel », etc., etc.

Ce jugement enlève au condamné le bénéfice de la loi Bérenger et porte son amende de 5 à 600 francs.

Le plus triste à notre point de vue dans cette affaire c'est qu'un médecin, qui doit être bien misérable pour se livrer à un pareil commerce, est employé par le pharmacien et se borne à délivrer des ordonnances sur lesquelles il formule pour tout médicament le « tueur de microbes Radam ».

Hôpital Andral. — MM. Albert Mathieu et Maurice Soupault feront, le vendredi matin à 10 heures, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à partir du 29 avril, des conférences cliniques sur les maladies du tube digestif.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Isopatie, méthode Pasteur par voie interne démontrant la certitude et l'unité de la science médicale, par le Dr J. M. Collet, in-8 309 p. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1898.

Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique de la Salpêtrière. Première série : **Névroses et idées fixes**, 1er vol. *Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par le Dr Pierre Janet 1 vol. gr. in-8 avec 68 figures dans le texte, 12 franc. — Félix Alcan éditeur, Paris.

Les Maladies évitables. Prophylaxie, hygiène publique et privée, par le Dr Georges J.-B. Baillière. 1898. 1 vol. in-18, 250 p. (*Bibliothèque scientifique contemporaine* J.-B. Baillière et Fils).

Manuel de pharmacologie clinique, par Liotard. Un beau volume in-18 de 370 pages. Prix : 5 francs. Société d'éditions scientifiques.

La tuberculose, sa prophylaxie, son traitement, par le Dr Vigenaud, médecin principal de l'armée. Un beau volume in-18 jésus de 170 pages cartonné à l'anglaise, fer spécial. Prix : 3 francs. Société d'éditions scientifiques.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT

Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*